FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Raphaël PASGRIMAUD

Né à Nozay (Loire-Inférieure), le 4 avril 1896
Interne des Hôpitaux de Nantes
Lauréat de l'Ecole de Médecine
Aide d'anatomie

LA RÉSECTION DU CANCER RECTO-SIGMOÏDIEN ET DU CANCER DU HAUT-RECTUM PAR LE PROCÉDÉ DE HARTMANN

Président : M. HARTMANN, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA. . .	Histologie.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ . . .	Hygiène.
de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale
GARNIER . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
BOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
RATHERY . .	Clinique médicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE NANTES

A Monsieur le Professeur HARTMANN

Chirurgien à l'hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur F. GAUDIN

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

Qui nous a indiqué le sujet de cette thèse, guidé dans sa rédaction et communiqué les observations qui l'objectivent.

LA RÉSECTION DU CANCER RECTO-SIGMOÏDIEN

ET DU

CANCER DU HAUT-RECTUM

PAR LE PROCÉDÉ DE HARTMANN

CHAPITRE PREMIER

DIVERS PROCÉDÉS D'EXÉRÈSE CHIRURGICALE DES CANCERS DU SEGMENT INTESTINAL RECTO-SIGMOIDE ET DU RECTUM PELVIEN

L'extirpation du cancer recto sigmoïde et du cancer du rectum a été le sujet de nombreuses publications indiquant des procédés très variés que l'on peut ranger en trois catégories : les procédés préconisant l'accès chirurgical par voies basses, ceux qui combinent la voie abdominale et la voie basse, ceux enfin qui n'utilisent que la voie abdominale.

§ 1. — Voies basses

Les voies basses sont : la voie sacrée, la voie périnéale, les voies naturelles.

Voie sacrée. — La voie sacrée a été imaginée en 1885 par Kraske. Elle trouva tout d'abord de chauds partisans en France et y fut assez fréquemment utilisée

jusqu'en 1894 : Morestin donna le signal d'un revirement qui n'a fait que s'accentuer alors qu'actuellement encore en Allemagne l'opération de Kraske se fait couramment.

L'infection de la brèche sacrée, difficile à éviter, les lésions des dernières paires sacrées, la présence d'un anus incontinent très mal placé ont conduit à envisager certains perfectionnements : la résection osseuse avec bascule et conservation d'un lambeau ostéoplastique (Heinecke et Morestin); le rétablissement de la continuité intestinale soit par suture bout à bout, soit par invagination du bout supérieur dans le bout inférieur

Voie périnéale. — La voie périnéale permet l'amputation ou la résection de l'intestin.

L'amputation du rectum, pratiquée pour la première fois par Paget (1739), n'a été vraiment précisée que grâce à Lisfranc, créateur de la méthode, limitée d'ailleurs dans la pensée de l'auteur à l'extirpation des tumeurs ano-rectales.

Eclipsée par l'opération de Kraske, l'opération de Lisfranc fut remise en honneur, modernisée et élargie par Quénu, Hartmann et Baudet. Précédée ou non d'un anus iliaque gauche, l'amputation basse du rectum s'achève soit par l'établissement d'un anus abdominal définitif, soit par l'abaissement du côlon sur un anus périnéal incontinent et difficile à appareiller.

La résection rectale utilisant la voie coccygienne seule (Kocher) ou la voie coccygienne aidée d'une incision pré-rectale (Cunéo) permet de rétablir la continuité digestive par invagination.

Voies naturelles. — Les voies naturelles enfin permettent dans certains cas l'exérèse d'une tumeur rectale ou recto-sigmoïde : la voie transversale et la voie transvaginale.

Indiquée par Lisfranc, la méthode transanale a été précisée par Hartmann et par Villard.

Le procédé transanal d'Hartman (Congrès de Chirurgie, 1893) comporte trois temps : la dilatation anale — l'abaissement et l'isolement du rétrécissement néoplasique, « facile en l'absence d'adhérences inflammatoires péri-rectales » — la section de l'intestin au dessus de la tumeur et la suture du bout intestinal à l'anus.

Le procédé de Villard (Société de Chirurgie de Lyon, 8 juin 1905; Chardon, thèse de Lyon, 1906) après dilatation anale et abaissement de la tumeur, préconise une incision circulaire inférieure du rectum et la libération des parois rectales ; puis l'ouverture du péritoine et la section transversale de l'intestin au-dessus de la tumeur; la bascule en avant du segment néoplasique et le décollement de haut en bas de sa face postérieure; l'ablation de la tumeur et des ganglions présacrés; enfin la fermeture du péritoine et la suture du bout intestinal supérieur invaginé à l'anus. Le tout est complété par un drainage des fosses ischio-rectales.

L'extirpation néoplasique transvaginale a été réalisée sur le cadavre par Nélaton. Réglée par Rehn (Francfort), elle comprend les temps suivants : ouverture de la paroi vaginale postérieure, prolongation de l'incision sur le côté gauche de l'anus, ouverture du cul-de-sac de Douglas; abaissement et résection de la tumeur;

abaissement du bout intestinal supérieur à travers l'anus dépouillé de sa muqueuse; suture à la peau de ce bout supérieur.

§ 2. — Voies combinées

Le désir d'effectuer commodément des interventions de plus en plus larges devait amener les chirurgiens à rechercher le néoplasme à la fois par la voie haute et la voie basse.

L'abdomino-périnéale. — La voie combinée abdomino-périnéale est la plus utilisée. Elle permet l'amputation ou la résection de l'intestin malade.

L'amputation abdomino-périnéale fut imaginée, semble-t-il, par Volkmann (1877). La première opération de ce type a été attribuée à Czerny (1883). Kœnig (1882), après avoir établi un anus iliaque gauche, sectionne l'intestin au-dessus de la tumeur et extirpe par la brèche périnéale tout le segment terminal sous-jacent à la section. Kraske (1893) recourt à la laparotomie pour achever l'ablation d'un cancer, commencée par la voie sacrée.

Mais la technique de l'abdomino-périnéale ne fut vraiment réglée que par Gaudier et Chalot. La première observation de Gaudier, communiquée par Quénu à la Société de Chirurgie le 25 mars 1896, relatait l'intervention abdomino-périnéale chez un malade de 45 ans. Pratiquant d'abord une laparotomie médiane en position de Trendelenbourg, Gaudier attira au dehors l'S iliaque, le sectionna entre deux ligatures et libéra

tout le côlon pelvien de ses attaches à la paroi postérieure. Puis, par la voie périnéale, il extirpa la totalité du rectum cancéreux. Complétée par l'établissement d'un anus terminal abdominal, l'opération ne dura qu'une heure.

Presque en même temps Chalot (6 décembre 1895) extirpait chez un homme de 67 ans un volumineux cancer de l'ampoule rectale. Après ligature des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs entre les 4e et 5e vertèbres lombaires, il sectionna l'S iliaque entre deux ligatures, isola le rectum jusqu'en arrière de la prostate et ferma la plaie abdominale. Un anus abdominal fut établi; et le deuxième temps périnéal permit une facile extirpation du rectum. L'opération avait duré une heure un quart.

Actuellement deux techniques se disputent les préférences des chirurgiens : l'amputation du type Quénu et l'amputation du type Hartmann.

La première, réglée par Quénu, comprend trois temps : ouverture médiane de l'abdomen sous-ombilical, libération de l'anse sigmoïde et établissement d'un anus iliaque gauche — amorce de la libération rectale et ouverture du cul-de-sac péritonéal — enfin extirpation périnéale du rectum. En octobre 1896, Quénu sépara par un intervalle de six jours les deux interventions : abdominale et périnéale.

L'opération de Quénu a donné lieu a d'importants travaux de Goullioud qui la pratiqua pour la première fois en 1899. En ces dernières années, Mondor, Chalier, Pauchet y eurent fréquemment recours.

L opération du type Hartmann diffère du type Quénu pour l'abaissement du côlon au périnée. Elle se pratique en trois phases : abdominale, périnéale, abdominale.

La première phase, par l'abdomen, mobilise complètement le côlon pelvien, Il faut lier l'artère mésentérique inférieure au-dessus du promontoire car ce vaisseau est la corde de résistance à l'abaissement du rectum. On décolle ensuite le rectum en passant derrière le fascia recti par un râclage pré-sacré qui vise à enlever tous les ganglions de l'atmosphère celluleuse rétro-rectale. La libération pré-rectale peut et doit être poussée très bas. Latéralement la section des pédicules hémorroïdaux moyens doit se faire très en dehors. Il importe de ménager soigneusement le méso-côlon pelvien, ce dernier viscère ne devant être abaissé qu'avec son méso nourricier; s'il est nécessaire, pour sa mobilisation, on sectionne entre deux ligatures une ou deux artères sigmoïdiennes.

La deuxième phase, périnéale, comporte l'enlèvement de la tumeur et l'abaissement jusqu'au voisinage de l'anus du côlon pelvien pourvu de son méso. L'intestin abaissé est fixé tout d'abord aux releveurs de l'anus puis, par des crins, au périnée.

La troisième phase, de nouveau abdominale, permet de vérifier l'hémostase et la disposition du côlon abaissé. Une péritonisation aussi complète que possible doit être faite.

Schwartz, rapporteur au XXXIV^e^ Congrès de Chirurgie, a insisté sur la difficulté de l'abaissement intestinal et sur le danger de la gangrène ischémique du côlon

due aux lésions du méso-côlon pelvien et de ses vaisseaux.

A côté de l'amputation abdomino-périnéale, la résection intestinale abdomino-périnéale vise à l'abaissement du côlon sur un anus continent grâce à la conservation du sphincter. Cette opération, quand elle réussit, présente évidemment de grands avantages. Schwartz, dans sa récente communication mentionnée plus haut, se demande si elle permet une assez large exérèse et si la fermeture à peu près complète de la brèche périnéale, nécessitée par la conservation du sphincter, n'expose pas à des accidents.

D'autres combinaisons ont été imaginées à côté de la voie combinée abdomino-périnéale.

L'abdomino-sacrée. — L'opération abdomino-sacrée résèque la tumeur et rétablit le courant intestinal par suture circulaire ou invagination. Elle a été pratiquée par Kraske (1900) et par Fiskejones (Amérique.)

L'abdomino-anale. — La voie combinée abdomino-anale permet une intervention d'application très restreinte, réglée par Desjardins (1910) et plus récemment par Villard (1922).

La technique de Villard comprend : une laparotomie médiane sous-ombilicale; une incision du péritoine pelvien avec décollement péritonéal et isolement des uretères; la libération et la section des attaches vasculaires de l'intestin avec refoulement dans le pelvis du segment intestinal libéré; on péritonise le pelvis et on suture la plaie abdominale.

Une incision périnéale permet la dissection du bas-

rectum et l'abaissement de l'intestin; la tumeur est réséquée et le bout intestinal suturé à la peau; le tout est complété par un drainage.

L'abdomino-vaginale. — L'opération combinant les voies abdominale et vaginale est peu employée. Très souvent il s'agit d'une amputation abdomino-périnéo-vaginale, c'est-à-dire que l'extirpation comprend l'anus, le rectum, le vagin. Il est évidemment nécessaire d'avoir préalablement établi un anus iliaque définitif.

§ 3. — Voie abdominale seule

Les principales interventions du type abdominal sont : la résection intra-abdominale avec anastomose bout à bout; la résection suivie d'invagination du segment supérieur dans le segment inférieur conservé : cette invagination peut se faire soit sur tube de caoutchouc, soit par fixation du bout supérieur invaginé à la peau de l'anus dilaté (Manusell-Trendelenbourg); enfin la résection segmentaire suivie d'anus iliaque gauche définitif (la résection du rectum pelvien portant presque jusqu'au plancher) avec enfouissement séro-séreux du petit moignon rectal restant (opération de Hartmann).

CHAPITRE II

L'OPÉRATION DE HARTMANN

L'ablation par voie abdominale de la partie supérieure du rectum et de la totalité de l'anse oméga avec son méso ; la fermeture en cul-de-sac du bout ano-rectal : la colostomie terminale : tels sont les temps principaux de l'opération de Hartmann.

Technique. — Brièvement exposée au XXX^e^ Congrès de Chirurgie (Strasbourg, 1921), cette technique a été décrite avec plus de détails par Hartmann à la séance du 12 décembre 1923 de la Société de Chirurgie de Paris.

« Le malade étant placé en position élevée du bassin, le chirurgien, à droite de lui, incise la paroi suivant une ligne arciforme qui commence dans la fosse iliaque gauche, traverse la ligne médiane un peu au-dessus du pubis et empiète plus ou moins sur la partie droite de l'abdomen, ménageant toutefois, le plus souvent, les vaisseaux épigastriques de ce côté.

« L'abdomen ainsi ouvert, on a un jour excellent sur toute l'excavation pelvienne. On incise le péritoine au fond du cul-de-sac de Douglas et l'on amorce un décollement de la partie supérieure du rectum en avant. Puis, en arrière, la masse cellulo-graisseuse présacrée

est décollée de l'os avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques qu'elle contient. On coupe entre une ligature et une pince la partie terminale de la mésentérique inférieure et les artères côliques jusqu'au contact du côlon iliaque.

« Lorsque toute l'anse oméga et la partie supérieure du rectum sont ainsi libérées, que l'intestin ne tient plus que par les deux bouts, avec une pince écrasante de de Martel engagée obliquement dans l'excavation, on écrase, au dessous du néoplasme, le rectum. C'est facile. Le rectum, libéré de ses connexions postérieures, se laisse, en effet, attirer en haut beaucoup plus qu'on ne le supposerait *a priori*. On ferme par un surjet à la soie la partie écrasée, puis, ayant maintenu très en l'air le rectum avec deux petites pinces de Chaput à dents de souris, on enfouit le moignon écrasé sous une suture séro-séreuse. Cette suture d'enfouissement est continuée en arrière et en haut par l'affrontement des bords de la section du méso; on continue cette péritonisation jusque dans la fosse iliaque gauche et l'on termine par la fixation du côlon iliaque dans l'angle gauche de l'incision abdominale.

« La plaie abdominale est refermée en totalité par une suture à deux plans ou une suture à trois plans. Dans les cas où nous avons fait une suture à trois plans, nous avons placé un drain entre le plan musculo-aponévrotique et le péritoine; ce drain sort par l'angle droit de la plaie. Le côlon, fixé dans son angle gauche, est lié, puis sectionné au thermo à 2 centimètres environ au-dessus de la peau.

« Le drain est retiré au bout de vingt-quatre heures, la ligature du bout côlique enlevée au bout de quarante-huit heures, le malade commençant généralement à être gêné à ce moment par la rétention des gaz intestinaux. »

Cette technique optima de Hartmann peut être soumise dans certaines circonstances à diverses modifications.

L'anus définitif se trouvera fréquemment établi avant l'exérèse de la tumeur : beaucoup de cancéreux de l'intestin, en effet, ne se confient au chirurgien qu'en pleine occlusion intestinale. Si l'on désire mettre au repos pendant quelque temps le segment intestinal que l'on veut enlever, l'anus préalable se trouvera également dans la fosse iliaque gauche.

Si la péritonisation du petit bassin est impossible au contact du bout rectal conservé, Hartmann, avant de suturer le péritoine pelvien, tamponne le foyer opératoire avec une compresse de gaze stérile. L'opération terminée, une incision latéro-anale ouvre la fosse ischio-rectale, ce qui permet d'arriver jusqu'à la compresse laquelle est enlevée et remplacée par un drain.

Jean-Louis Faure place une forte pince sur l'intestin au dessous de la tumeur, laisse en place cette pince et établit au contact de l'instrument un Mikulicz sans aucune péritonisation. Le pince est enlevée au dixième jour, en même temps que le sac du Mikulicz.

Une importante question se pose avant toute intervention : quel mode d'anesthésie convient-il d'employer? Après toutes les controverses de ces derniers temps il

semble qu'on doive conclure que tout anesthésique bien manié donne de bons résultats et qu'en définitive le meilleur mode d'anesthésie est celui dont on a une longue expérience.Il est cependant permis de faire remarquer que dans les interventions du genre de l'opération de Hartmann, la majorité des chirurgiens donne la préférence à la rachianesthésie parce que plus économique chez des sujets affaiblis par les poisons néoplasiques et parce qu'elle entraîne un silence intestinal parfait.

Indications et limites de l'opération de Hartmann. — Il est évident que la technique exposée ci-dessus ne convient pas à l'exérèse de toutes les tumeurs du rectum et de l'anse sigmoïde et qu'on ne saurait dans tous les cas la préférer à l'abdomino-périnéale.

Mais l'expérience récente a montré qu'on pouvait cependant aller assez bas sur le rectum par la voie abdominale. Si l'indication de l'opération de Hartmann ne fait pas de doute lorsqu'il s'agit de cancers recto-sigmoïdiens, cette technique n'est point à écarter pour des néoplasmes situés plus bas, tout au moins jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Grâce au décollement recto-sacré elle permet l'ablation des cancers occupant la partie supérieure de l'ampoule rectale. Chez un des opérés de Hartmann « le cancer était assez bas pour que le doigt, introduit par l'anus, put s'engager à travers le rétrécissement néoplasique ». Le seul inconvénient de la situation basse d'une tumeur rectale attaquée par voie abdominale seule est le défaut de péritonisation au niveau de la suture du bout ano-rectal, qui dès qu'on

enlève l'écraseur, file profondément au voisinage de l'anus.

D'après Aumont (Société nationale de Chirurgie, 8 nov. 1924) la voie abdominale permettrait même l'enlèvement du cylindre muqueux ano-rectal jusqu'à l'anus

Inconvénients de l'opération de Hartmann. — Les principaux reproches que l'on peut adresser à la technique de Hartmann concernent : l'anus iliaque définitif, la possibilité du sphacèle du bout inférieur abandonné sous la péritonisation, le danger d'une récidive.

Incontestablement l'anus iliaque définitif cause au porteur une gêne sociale. Mais, sans parler de la possibilité d'un appareillage plus ou moins compliqué et efficace, il semble bien qu'on exagère beaucoup l'infirmité résultant d'une colostomie définitive. « Cet inconvénient, dit Hartmann, n'est pas aussi grand qu'on le dit. Nos malades ne portent pas d'appareil, ils vident leur intestin le matin et protègent simplement l'anus artificiel par une feuille d'ouate que maintient un bandage de corps. Aussi préfèrent-ils rester comme ils sont plutôt que de s'exposer aux risques d'une nouvelle opétion. »

Ces dernières lignes indiquent qu'on pourrait envisager un temps complémentaire de l'opération permettant la suppression de l'anus artificiel. Deux procédés pourraient être utilisés : le rétablissement du courant bout à bout et l'invagination.

Incontestablement le premier procédé fait courir

au malade les dangers de points perforants et de la gangrène ischémique (A. Huguier).

L'invagination, soit sur tube de caoucthouc avec suture intra-abdominale à plusieurs plans du point invaginé, soit par fixation de l'extrémité du bout intestinal supérieur à la peau de l'anus dilaté, est une opération septique et grave, même chez la femme quand il est possible de la compléter par un large drainage vaginal.

L'intérêt du malade commande donc de se limiter à la colostomie définitive. Schwartz reconnaît que l'opération, indiquée par Hartmann est beaucoup plus bénigne que l'abdomino-périnéale et l'anastomose du bout supérieur avec le bout inférieur. Et Hartmann lui-même conclut, d'une façon pittoresque et expressive : « Nous devons évidemment chercher autant que possible la conservation des fonctions, mais il ne faut pas que ce soit aux dépens du fonctionnaire ».

L'impossibilité d'aboucher à la peau le segment ano-rectal sous-jacent à la tumeur fait redouter pour celui-ci le danger de sphacèle. Schwartz craint, dit-il, que Hartmann « n'ait quelque jour des ennuis ». A la vérité, il est impossible d'engager l'avenir, mais l'expérience déjà acquise semble infirmer toute crainte de sphacèle ; la prudence commande cependant de faire tous les quinze-vingt jours un petit lavage plus ou moins antiseptique de cet intestin abandonné.

Le plus important reproche que l'on puisse faire à l'opération de Hartmann concerne la limitation de l'exérèse cancéreuse par en bas. Ce reproche est évi-

demment fondé sur la loi générale d'extirpation des tumeurs qui doit être très large et sur la possibilité d'une migration néoplasique à l'encontre du courant lymphatique.

Cette dernière possibilité n'exclut tout de même point la beaucoup plus grande probabilité de la greffe dans le sens du courant. Et depuis de nombreuses années il est admis que c'est vers le haut, vers le « hile rectal » qu'il faut soigner l'ablation lymphatique.

Chacune des parties du segment ano-rectal — partie haute et partie basse — correspond à un territoire lymphatique distinct ayant ses collecteurs propres, pouvant être répartis en deux groupes indépendants : le groupe périnéo-pelvien et le groupe abdominal.

Le rectum côlique ou haut-rectum avec péritoine et méso répond au groupe abdominal, le rectum pelvi-périnéal ou bas-rectum répond au second. La séparation lymphatique siège généralement au niveau de la troisième valvule de Houston, c'est-à-dire à 4-5 centimètres de l'anus (cette troisième valvule, dite « anale » est inconstante).

Le territoire lymphatique du haut-rectum est donc uniquement abdominal; aucune anastomose ne le fait communiquer avec les lymphatiques du bassin.

Le pédicule lymphatique abdominal suit l'artère mésentérique inférieure et se termine dans les ganglions recto-sigmoïdo-côliques et par leur intermédiaire dans les ganglions aortico-caves. Un pédicule accessoire se rend directement aux ganglions pré-caves droits.

La conclusion de cet exposé, mise à part l'hypothèse du contre-courant cellulaire, impose donc l'opération de Hartmann, exclusivement abdominale, comme parfaitement rationnelle.

Avantages. — Justement effrayé par les 40 0/0 de pertes causées par l'abdomino-périnéale, Hartmann, après avoir tant fait pour elle, cherche à en limiter le plus possible l'indication. Outre la facilité, la brièveté et la simplicité relatives qu'elle comporte, l'opération de Hartmann est infiniment moins dangereuse immédiatement que l'abdomino-périnéale. L'auteur a pu justement déclarer à la Société de Chirurgie, à la fin d'un rapport concernant 10 cas opératoires dont un seul terminé par la mort six semaines après l'opération (artérite oblitérante) : « L'opération que nous préconisons est d'une bénignité dont aucune autre n'approche ».

Quant aux résultats éloignés, ils semblent dès maintenant très satisfaisants, comme le montreront les observations du chapitre suivant. La section à faible distance de l'intestin au-dessous de la tumeur ne peut interdire l'espoir de longues survies. Outre l'argument ci-dessus exposé concernant la direction du courant lymphatique on peut faire remarquer que l'extirpation du néo de l'utérus serait justiciable d'une objection analogue puisqu'elle laisse en place vessie et uretères.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

§ 1. — Observations diverses

Hartmann, dans une première communication à la Société de Chirurgie de Paris (12 déc. 1923) apporte 10 cas de cancers recto-sigmoïdiens ou rectaux supérieurs, 4 cas personnels et 6 cas communiqués par M. Pauchet.

Les 4 cas de Hartmann (3 chez l'homme, 1 chez la femme, ont tous guéri sans le moindre incident. Il fut impossible chez un de ces malades de péritoniser le pelvis au contact de la suture.

Pauchet a pu péritoniser le pelvis quatre fois sur six, consolidant une fois la suture qui lui paraissait imparfaite par une épiplooplastie. Deux fois — 1 obèse, 1 cancéreux dont la vessie était envahie — il s'est contenté de désinfecter le bout ano-rectal avec de l'éther et de l'iode, puis l'a bourré, comme un vagin, avec un tube et des mèches imprégnées de pommade au collargol. Les 6 malades de Pauchet ont guéri opératoirement; 1 est mort six semaines après l'intervention d'artérite oblitérante de la fémorale survenue après la troisième semaine, 1 est mort au bout de trois ans de

cancer du foie sans récidive locale, 1 autre au bout de quatre ans d'une affection aiguë intercurrente ; 3 sont bien portants.

Reprenant sa statistique personnelle au XXXIVe Congrès de Chirurgie (octobre 1925), Hartmann présente 7 cas avec 2 morts dont 1 cancer fébrile. Les deux premiers opérés par le procédé nouveau, dont il est fait mention dans la communication ci-dessus rapportée, vivent dehuis cinq ans sans récidive.

J.-L. Faure, prenant la parole après Hartmann à cette même séance du 12 décembre 1923 de la Société de Chirurgie, présente deux cas analogues à ceux de Hartmann : malades ayant un cancer « situé presque au fond du Douglas, dans la région recto-sigmoïdienne et dans lesquels il était impossible de faire une extirpation abdominale avec suture bout à bout des deux extrémités de l'intestin ». Aucune péritonisation n'est faite : un simple écrasement de l'intestin au-dessous de la tumeur par une pince laissée en place au contact de laquelle un Mikulicz est établi. La pince retirée au dixième jour en même temps que le sac de Mikulicz, les deux malades ont parfaitement guéri.

Lapointe, à la même séance, apporte le cas d'un cancer recto-sigmoïde — homme de 63 ans — opéré deux ans auparavant suivant la technique d'Hartmann et opératoirement guéri. Dix-huit mois plus tard l'auteur le retrouve en pleine occlusion due à un cancer sur la fin de l'iléon; une simple entérostomie dut être pratiquée et le malade mourut.

Goullioud (de Lyon) communique à la Société de

Chirurgie de Paris le 21 novembre 1922 l'observation d'un malade âgé de 63 ans qui lui fut adressé en pleine occlusion; un anus iliaque gauche d'urgence fut établi. Un mois après il pratique l'exérèse d'un petit cancer sténosant mobile, mais très bas situé sur le côlon pelvien. Après suture en cæcum du bout inférieur la péritonisation est faite incomplètement pour permettre un petit drainage par une mèche de gaze qui sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Dix-huit mois après l'intervention le malade a repris du poids et retrouvé ses occupations habituelles.

Matry (Société nationale de Chirurgie, 1er mars 1924, rapport de M. de Martel) communique trois cas de cancer du rectum opérés par une technique très analogue à celle de Hartmann.

Une femme de 48 ans, présentant un néoplasme en anneau formant stricture très serrée, se porte à merveille quatre ans après l'intervention.

Une autre de 56 ans est opérée d'un néoplasme ulcéré à 5-6 centimètres de l'anus — le temps abdominal fut suivi, après dix-huit jours, d'une extirpation périnéale du bout inférieur — sans aucune réaction inflammatoire. Huit mois après l'intervention, l'état général est excellent.

Troisième cas : celui d'une femme de 60 ans, constipée chronique ancienne. Un anus iliaque gauche est d'abord établi pour mettre au repos la tumeur qui est enlevée, après trois semaines, le 17 novembre 1923. La malade s'en va guérie le 8 décembre.

Aumont (de Versailles) communique à la Société

nationale de Chirurgie (rapport de M. Okinczyc, 29 octobre 1924) le cas d'une malade de 78 ans entrée à Beaujon en état d'occlusion dans le service du Dr Michon le 23 mars 1923. Vu l'échec des lavements doux et répétés, un anus cœcal large est nécessaire.

Le 17 avril l'exérèse de la tumeur est décidée. On trouve un néoplasme rectal supérieur qui est largement réséqué. Le bout intestinal inférieur est enfoui et recouvert d'une greffe épiploïque; le bout supérieur est fermé et fixé à l'angle supérieur de l'incision latérale gauche de la paroi abdominale.

Après trois semaines, la malade présente deux anus artificiels bien constitués. L'anus cœcal est fermé le 5 juin. Le 14 janvier 1924 l'état de la malade est excellent. Et, quelque temps avant la communication, la malade écrit : « Je suis bien, je ne souffre plus depuis que vous m'avez opérée. Je vais assez régulièrement à la selle le matin et le soir; quelquefois dans la journée, mais rarement ».

Basset, dans cette même séance de la Société nationale de Chirurgie, déclare : « J'ai fait une fois l'opération de Hartmann..... Après quelques incidents, la malade a fini par bien guérir avec un anus artificiel médian situé à la partie toute supérieure de sa laparotomie sous-ombilicale médiane ».

Delagenière communique au XXXIVe Congrès de Chirurgie trois observations concernant les cancéreux ayant subi l'opération de Hartmann : 1 mort opératoire et 2 récidives avant trois ans.

Armand (Saint-Etienne) au même Congrès expose

une statistique personnelle composée de : 15 interventions périnéales, 3 abdomino-périnéales, 3 Hartmann. Il conclut en faveur de l'opération de Hartmann.

§ 2.— Observation de M. le Dr Gaudin

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

OBSERVATION I

M. R... 58 ans, souffre de constipation; des glaires sanguinolentes apparaissent dans ses selles. Il a maigri. Le début des signes fonctionnels, d'après les remarques du malade, remonte à 8 mois.

Le toucher rectal est négatif — la rectoscopie indique un rétrécissement néoplasique à 20 centimètres de l'anus — la radioscopie sur lavement baryté donne les éléments du diagnostic de « néoplasme assez limité de la région recto-sigmoïdienne ».

L'intervention est fixée au 8 février 1925.

Rachianesthésie. Incision de Hartmann : une volumineuse tumeur de la fin de l'anse sigmoïde, très adhérente, apparaît (lésions beaucoup plus accentuées que les données cliniques ne le faisaient prévoir). Libération de l'anse malade, ligature du pédicule mésentérique. Section au thermo entre deux ligatures au-dessous de la tumeur. Ecrasement du bout ano-rectal et enfouissement séro-séreux, rendu pénible par les lésions inflammatoires.

Extériorisation de la tumeur, décollement côlo-pariétal et fixation du côlon iliaque sus-jacent au néoplasme à la partie

supérieure de l'incision. Résection de la tumeur. Drainage à la Mikulicz à la partie inférieure de l'incision.

L'anus est ouvert après quarante-huit heures.

Suites opératoires normales sans aucun phénomène fébrile.

Sorti de la clinique après un mois, il fut impossible de suivre le malade.

OBSERVATION II

Mme G... 48 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 6 juin 1923 en état d'occlusion aiguë, d'étiologie indéterminée. — Laparotomie médiane : on aperçoit un cancer en virole de la partie terminale de l'anse sigmoïde. L'état de la malade commande de se borner à l'établissement d'un anus cæcal.

Le 26 juin la malade quitte l'Hôtel-Dieu, se refusant à toute intervention nouvelle.

Les mois qui suivent, la malade est en proie à de violentes douleurs; le fonctionnement de l'anus cæcal est défectueux, des selles pénibles s'évacuent par la voie naturelle.

En décembre 1923, elle se décide à rentrer à l'Hôtel-Dieu. On reconnaît chez elle une énorme distension du gros intestin, véritable mégacôlon.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale, libération de l'anse sigmoïde et du haut-rectum. Ligature du rectum à 7-8 centimètres au-dessous de la tumeur; enfouissement séro-séreux très facilement exécuté du bout ano-rectal. Ligature du pédicule mésentérique. Extériorisation par une incision latérale gauche de la tumeur; la fixation de l'intestin sus-jacent est commencée.

Ce dernier temps était exécuté aux deux tiers quand l'aide

aperçoit le segment intestinal extériorisé se précipiter, sous l'influence d'une violente contraction de la musculature hypertrophiée, à l'intérieur de l'abdomen, cependant que le fil de lin, qui servait de tracteur, lui reste à la main.

Le contenu intestinal se déverse à l'intérieur de l'abdomen. Péritonite aiguë. Mort.

L'exécution des divers temps de l'opération de Hartmann avait été facile et rapide.

OBSERVATION III

M. J... 60 ans, opéré d'un cancer de la langue par Morestin en 1917. Excellent résultat.

En janvier 1924 il se plaint de constipation et de glaires sanglantes. Le début en janvier de l'année précédente. Trois rectorragies abondantes.

Le rectoscope montre un cancer sténosant à 13 centimètres de l'anus.

L'état du malade (dosage d'urée sanguine : 0 gr. 30; constante d'Ambard : 0 gr. 9) permet l'intervention.

Rachianesthésie; laparotomie médiane sous-ombilicale : volumineux cancer circulaire très sténosant déjà adhérent avec œdème inflammatoire, entièrement péritonéal. Libération de l'anse sigmoïde, section du pédicule mésentérique inférieur.

L'instestin sous-jacent à la tumeur est trop volumineux pour permettre l'écrasement : une section progressive de la périphérie vers le centre de l'intestin permet d'arriver à la sous-muqueuse, très lâche; un manchon de muqueuse

rectale est alors attiré en haut, lié, sectionné au thermo. Péritonisation. Drain de Goldmann.

Extériorisation du néoplasme et de l'anse sigmoïde dans une boutonnière latérale gauche. Fixation et résection de la tumeur.

Suites opératoires très simples. Pas de fièvre. Hoquet persistant et rebelle pendant huit jours (même incommodité après l'exérèse de la tumeur linguale).

Un mois après l'intervention, M. J... quitte la clinique en parfaite santé.

L'état général est excellent pendant un an. Subitement la mort survient par hémorrhagie cérébrale.

OBSERVATION IV

Mme L... 45 ans, maigrit depuis quelque temps, présente des douleurs en ceinture au niveau de l'ombilic, fait des poussées de température atteignant 38° 7 lorsque son médecin traitant l'adresse à la clinique pour salpingite aiguë.

Toucher vaginal : très douloureux, décèle la présence d'une masse volumineuse dans le Douglas. Le diagnostic de salpingo-ovarite est posé. Les douleurs abdominales et lombaires décident à l'intervention. — Aucun phénomène pathologique apparent relativement au tube digestif.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : volumineuse tumeur de la fin de l'anse sigmoïde — adhérence néoplasique à l'utérus — large zone inflammatoire.

Hystérectomie subtotale. Libération de l'anse sigmoïde, ligature du pédicule mésentérique, section basse de l'intes-

tin à 5-6 centimètres au-dessous de la tumeur. Enfouissement du bout ano-rectal. Péritonisation. Drainage.

La tumeur et une partie de l'anse Ω sont réséquées. Le bout intestinal afférent est fixée à l'angle supérieur de l'incision médiane.

Les suites opératoires sont simples; il convient de mentionner une suppuration pariétale de quelques jours.

Deux mois après, la malade sort. Depuis dix-huit mois, aucune récidive ne s'est manifestée.

OBSERVATION V

Mme P... 55 ans, souffre de constipation opiniâtre; des glaires sanguinolentes apparaissent dans ses selles.

Toucher rectal n'indique rien.

Rectoscopie et radioscopie imposent le diagnostic de : cancer recto-sigmoïdien.

L'urée sanguine : 0 gr. 40 — bonne élimination de la sulfophénophtaléine. — L'intervention est décidée.

Rachianesthésie. — Laparotomie médiane : cancer recto-sigmoïdien très avancé et adhérent. Libération de l'anse sigmoïde pénible; section du pédicule mésentérique. Au cours du décollement colo-pariétal l'uretère gauche se trouve entraîné; aperçu à temps il est libéré; puis un coup de bistouri malheureux sectionne la moitié de sa circonférence. La brèche est fermée immédiatement par quelques points de très fin catgut chromé.

L'intestin est écrasé au-dessous de la tumeur; la muqueuse est extériorisée le plus possible; le moignon ano-rectal est enfoui. Drainage à la Mikulicz.

Résection de la tumeur et extériorisation du bout intestinal afférent par une incision latérale gauche. Fixation.

Les huit premiers jours : aucune infection — urines normales — pouls excellent.

Brusquement au neuvième jour, le sac de Mikulicz est imprégné de pus et d'urine, cependant que le débit urinaire vésical est diminué de moitié. La température oscille entre 38° et 38° 5.

Tout rentre dans l'ordre en un mois : la fistule urétérale donne de moins en moins et la vessie peu à peu reçoit la totalité des urines.

Des phénomènes de rectite nécessitent de fréquents lavages du moignon ano-rectal.

Ils ne durent pas et, deux mois après l'intervention, la malade quitte la clinique avec une plaie entièrement cicatrisée.

Actuellement — après dix-huit mois — la santé est excellente; aucun signe de récidive.

OBSERVATION VI

Mme G... 65 ans, depuis 6 mois souffre de constipation. Mœlena. Amaigrissement. Rectoscopie : néoplasme bourgeonnant à 20 centimètres de l'anus.

Urée sanguine : 0 gr. 35. L'intervention est décidée.

Rachianesthésie, complétée par quelques gouttes de Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : néoplasme bas situé sur l'anse sigmoïde.

Décollement intestinal sans hystérectomie.

Section du pédicule mésentérique. Section à 5 centimètres

au-dessous de la tumeur. Péritonisation sur le moignon ano-rectal. Extériorisation de la tumeur. Résection et fixation du bout intestinal afférent dans une boutonnière pariétale latérale gauche.

Suites opératoires normales, à part une infection passagère de la paroi due à la rupture d'un diverticule intestina au moment de l'engagement latéral.

Cette intervention est encore trop récente (janvier 1924) pour en apprécier le résultat définitif.

Les tumeurs, extirpées au cours des six interventions relatées, ont été l'objet d'un examen histologique. Le résultat a toujours confirmé les conclusions de l'examen macroscopique : épithélioma cylindrique.

CONCLUSIONS

1° Dès qu'il s'agit de cancers du haut-rectum et de l'anse sigmoïde, l'opération de Hartmann apparaît comme la plus simple au point de vue technique.

2° Au point de vue théorique — direction du courant lymphatique — elle est rationnelle.

3° Au point de vue pratique, la nécessité de l'anus iliaque définitif ne saurait fournir un motif de l'écarter. La plupart des chirurgiens, même pour l'abdomino-périnéale, établissent aujourd'hui un anus artificiel.

4° Si les résultats immédiats sont nettement favorables, les résultats éloignés, malgré que l'opération de Hartmann soit de date récente, ne semblent pas inférieurs à ceux des autres méthodes.

Vu : le Président de la thèse,
HARTMANN

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Informations et Rapports :
30e Congrès de chirurgie (Strasbourg, 1921).
31e Congrès de Chirurgie (Paris, 1922).
34e Congrès de Chirurgie (Paris, 1925).
Lyon chirurgical (mars-avril 1925).
Société de Chirurgie de Paris : 1922, n° 29, 1923, nos 34-35.
Société des Chirurgiens de Paris, 6 février 1925.
Société nationale de Chirurgie, 1924, nos 3, 7, 26.

CHALIER (A.) ET MONDOR (H.). — Cancer du rectum.

DUVAL (P.). — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. Indications. Technique opératoire. Thèse de Paris, 1902).

FAURE (J.-L.). — Cancers du rectum opérés par la voie abdomino-perinéale. *Bull. Soc. Chir. Paris*, avril 1899.

GOULLIOUD ET PAGÈS. — Cancer du haut rectum. *Lyon méd.*, octobre 1908.

HARTMANN (H.). — Ablation abdomino-périnéale du rectum. *Bull. Soc. Chir.* 1902, 30 juillet.

— Cancer recto-sigmoïdien. *Bull. Soc. Chir.* novembre 1906.

— Traitement du cancer du rectum (IIe Congrès de la Soc. internat. de Chir. Bruxelle, 1908.

— Traitement opératoire direct du cancer du rectum. *Journ. de Chir.*, décembre 1913.

LECÈNE ET MONDOR. — Cancer très étendu du rectum ; extirpation abdomino-périnéale. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1911.

MONDOR. — Contribution à l'étude du cancer du rectum. Thèse, Paris 1914,.

OKINCZYC. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du côlon. Thèse, Paris, 1907.

VILLEMIN, HUARD ET MONTAGNÉ. — Les lymphatiques du rectum. *Revue de Chir.*, 1925, n° 1.

PAUCHET ET LUQUET. — Les méthodes les plus simples de l'anus artificiel dans le cancer du rectum. *Paris Médical* 1922, n° 25.

PAUCHET. — Traitement du cancer du rectum. *Pratique chir. illustrée*, Paris, 1921.

QUÉNU ET BAUDET. — L'extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale. *Revue de Gynécol*, 1898.

SAVARIAUD. — Cancer du rectum opéré et guéri depuis quinze ans. *Bull. Soc. Chir. Paris*, 4 juin 1920.

SCHWARTZ (A.). — De l'extirpation du cancer du rectum chez la femme par voie abdomino-périnéale. *Bull. Soc. Chir. Paris*, octobre 1920.

VILLARD (E.). — De l'amputation abdomino-transanale du rectum avec conservation du sphincter (Congrès français de Chir., octobre 1922).

HUGUIER (A.). — L'intervention dans le cancer du côlon pelvien, bas situé (Soc. Chirurgiens de Paris, février 1925).

— Résection d'un cancer rectal supérieur par voie abdominale. *Paris Chir.*, 1920, janv.-février.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Patay